

Hvordan kan «den store psykoterapidebatten» påvirke forståelsen av familieterapiforskningen?

Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?

PER JENSEN

Denne artikkelen tar utgangspunkt i «den store psykoterapidebatten». Dette er blant annet en diskusjon om hvordan evidensbasert forskning og praksis påvirker familieterapiforskningen. I artikkelen presenteres noen hovedtradisjoner i forskning, forholdet mellom forskning og terapi og forskning og familieterapi i Norge. Videre diskuteres evidensbasert praksis i lys av terapeutens rolle i forståelsen av terapeutiske prosesser. Det påpekes hvordan den medisinske eller evidensbaserte modellen nesten helt har ekskludert betydningen av terapeutens personlige og private erfaringer i forståelsen av psykoterapi. Dette sees som et eksempel på det Hans Skjervheim kalte «det instrumentalistiske feilgrepet». Spørsmålet reises om det er på tide å forsøke å svare på spørsmålet: Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?

Per Jensen arbeider som førstelektor og studieleder på mastergraden i familieterapi og systemisk praksis på Diakonhjemmet Høgskole i Oslo, Postboks 184 Vinderen, 0319 Oslo Tlf. 22 45 19 87 E-post: jensen@diakonhjemmet.no

I would happily give up my perspective if the scientific evidence supported the current trend to conceptualize psychological treatments as analogues of medical treatments.

Bruce E. Wampold

Innledning

Psykoterapi er en virksomhet hvor man lenge har tenkt at det er intervensjonen som er det virksomme elementet. Det er den spesifikke intervensjonen som er virksom i forhold til et bestemt problem eller psykisk lidelse. Dette er analogt til legens forordning av en bestemt medisin når en pasient lider av en bestemt sykdom. Terapeuten som person er ikke viet

stor oppmerksomhet, fordi terapeutens oppgave primært er å levere den beste intervensjonen i møte med pasientens spesifikke problem. Terapeutens kompetanse er primært å tilby pasienten den beste intervensjonen sett i relasjon til pasientens bestemte problem.

I denne artikkelen vil jeg først kort beskrive noen tradisjonelle inndelinger av forskningstradisjoner. Jeg vil berøre forholdet mellom kvalitativ og kvantitativ forskning, forholdet mellom «forskning om det som er virksomt» (effectiveness research) og «effektforskning» (efficacy research) og forholdet mellom en medisinsk modell og en kontekstuell forståelse av psykoterapi. Den evidensbaserte modellen vil bli presentert og rettet et kritisk søkelys mot i forhold til terapeutens rolle i forståelsen av psykoterapi i denne presentasjonen.

Videre vil jeg diskutere hvordan vi kan forstå forholdet mellom den terapeutiske relasjonen og den rollen metoden spiller når vi skal fortolke resultatene av terapi. Vi skal se på dette med utgangspunkt i en forståelse av psykoterapi som er basert på at det er noen «felles faktorer» som danner forståelsesramme for hva som «virker» i terapi.

Til sist vil jeg drøfte om det er mulig å løsrive terapien fra terapeuten. Jeg vil med utgangspunkt i Bruce E. Wampolds skille mellom *den medisinske psykoterapeutiske modellen* og *den kontekstuelle psykoterapeutiske modellen*¹ diskutere den terapeutiske relasjonens plass i fortolkningen av hva som virker i terapi. Det vil si at det reises spørsmål ved hvorvidt det gir mening å uttale seg om en terapimetodes effekt eller virkning uavhengig av den terapeuten som gjennomfører terapien (Wampold 2001:202).

Hovedtradisjoner i forskning

Når forskning kommer på dagsordenen, er det en tendens til at diskusjonen om forskningsmetode blir stående i sentrum for oppmerksomheten. Det handler da ofte om det er kvalitative eller kvantitative metoder som gjelder. Er forskning tekst eller tall, handler det om å skape ny forståelse og mening, eller om å måle effekt? Disse diskusjonene kan til tider være både uforsonlige og fastlåste. Noe av bakgrunnen kan vi finne igjen i metodelitteraturen. I denne litteraturen er det en tendens til å fokusere på metoden mer enn på grunnleggende forståelse. Denne litteraturen handler enten om kvalitative eller kvantitative metoder eller om begge deler. Det er imidlertid min overbevisning at det vitenskapsteoretiske grunnlaget for både forskning og praksis kommer forut for metoden og at de metodene som kommer til anvendelse i forskning og de resultatene forskningen bringer, skal leses med utgangspunkt i grunnlagsforståelsen. I dette perspektivet blir det underordnet om metoden er kvalitativ eller kvantitativ eller begge deler. Det er referanserammen for forskningen og lesingen av forskningsresultatene som blir bestemmende for forståelsen.

Med utgangspunkt i den medisinske modellen er det som virker i terapi, selve terapien. I dette perspektivet er terapeuten den som leverer den virksomme terapien, i prinsippet på samme måten som en lege deler ut virksomme medisiner. Innenfor denne modellen er terapeuten viktig, men ikke «virksom». Terapeuten blir derfor heller ikke viet stor oppmerksomhet innenfor den medisinske psykoterapeutiske modellen. Hvis man deri-

mot tenker på terapeuten som en aktiv og virksom del av selve terapien, vil også terapeuten som person og som profesjonell få en utvidet rolle i forskningen.

I psykoterapiforskningen er det to hovedtradisjoner som peker seg ut. Den ene kalles gjerne den *kvalitative tradisjon* og har sitt utgangspunkt i fenomenologi, hermeneutikk, kommunikasjonsteori og postmoderne filosofi. Her står ofte utvikling av kunnskap og mening i sentrum for forskningen. Den andre går som regel under navnet den *kvantitative tradisjon*, og den har naturvitenskapen og positivismens forskningsideal som grunnlag. I denne tradisjonen står måling sentralt, og i psykoterapiforskning blir det da ofte måling av effekt som står i sentrum. Vi skal her la denne tradisjonen komme til uttrykk gjennom den evidensbaserte modellen, hvor måling av effekt står i sentrum.

Man får av og til inntrykk av at det er et innebygd motsetningsforhold mellom disse forskningstradisjonene. Etter min mening er det ikke mellom forskjellige metodiske tilnærminger eventuelle skillelinjer går. Skillelinjene går mellom forskjellige paradigmer, mellom hvilke forutsetninger man støtter seg på for å forstå praksis og for å praktisere (Guba & Lincoln 1998:195).

Psykoterapiforskning med fokus på hva som virker, deler seg i to hovedtradisjoner. Den ene er «forskning om det som er virksomt» (effectiveness research), og den andre blir benevnt som «effektforskning» (efficacy research) (Pinsof & Wynne 2000:1ff). «Forskning om det som er virksomt» foregår utenfor laboratoriet og uavhengig av laboratoriet. Det er en forskning som tar utgangspunkt i det «virkelige liv». Ifølge Pinsof og Wynne

er dette en forskning som står på egne ben og som bør være uavhengig av effektforskningen. Et av målene er å bringe forskningen nærmere klinikerens erfaringer (Pinsof & Wynne 2000:4).

Kvalitativ forskning

Mens den kvantitative tilnærmingen er opptatt av å måle effekt, er den kvalitative tilnærmingen opptatt av å utforske mening. Familier blir sett som enheter hvor de meningsskapende prosessene styrer deres handlinger. Kvalitativ familierapiforskning vil i dette perspektivet være opptatt av forståelsen av prosesser i terapi og prosesser mellom mennesker.

En gjennomgang av fire sentrale tidsskrifter som dekker forskningen i familierapifeltet fra 1980 til 1999, viser at antallet artikler om forskningsprosjekter som benyttet kvalitative metoder eller en blanding av kvalitative og kvantitative metoder, ble mer enn fordoblet i 90-årene sammenliknet med 80-årene (Faulkner, Klock & Gale 2002). Denne studien viser også at forskningen formulerte problemstillinger knyttet til både kliniske tema og tema knyttet til familierapiutdanning og veiledning. Av kliniske tema var studier av selve terapiprosessen dominerende, men tema som psykisk lidelse, vold, barnemishandling, adopsjon og skilsmisse var også representert med en rekke studier. Det ble benyttet en lang rekke forskjellige kvalitative metoder i denne forskningen.

Forskningsfeltet er på mange måter preget av en «metodisk ensidighet» eller en enten-eller-tenkning hvor metodevalget begrenses av ønsket om å være faglig konsistent (Kalleberg 1985:149). Motsetningen som ofte

framheves når det snakkes om kvalitative og kvantitative metoder, er ofte et skinnproblem. Skinnproblemet oppstår når begrepene ikke er klart definert og når vi er i en situasjon hvor det samme begrepet benyttes på mange forskjellige måter (Engelstad 1985:7). I forskningsdesign er det i mange faglige sammenhenger vanlig å kombinere kvalitative og kvantitative metoder. Dette kan gjøres på mange forskjellige måter og tanken er som regel at metodene vil utfylle og berike hverandre. Kvalitative metoder benyttes innenfor positivistiske forskningstradisjoner når man for eksempel ønsker å gå i dybden på enkeltsaker. Det kvalitative materialet blir da ofte kategorisert, og man ender opp med å kvantifisere hvor mange det er av den ene og den andre kategorien. På samme måte kan man i kvalitative studier ha fokus på hva et tallmateriale betyr for forståelsen i en problemstilling.

Forholdet mellom forskning og terapi

Den anerkjente engelske forskeren Hans Eysenck hevdet i 1950-årene, i sin forskning om psykoterapeutisk behandling av psykiske lidelser, at de som gikk i terapi og de som ikke gikk i terapi hadde samme framgang etter to år. Det kom i en del år til å bety at psykoterapi ikke spilte noen rolle eller hadde noen effekt i behandlingen av psykiske lidelser (Hubble et al. 1999:1; Kazdin & Weisz 2003:4).

Som rimelig kan være, er både klienter, terapeuter, forskere og myndigheter opptatt av om den terapeutiske virksomheten som drives har noen registrerbar effekt. Terapeutene vil ofte hevde at de vet svaret på dette spørsmålet med basis i sin egen erfaring, men po-

litikere og myndigheter har behov for å legitimere sine bevilgninger med *dokumentert* effekt, kunnskap basert på evidensbasert forskning – helst uttrykt i klare tall. Slik dokumentasjon har framkommet i store mengder de siste tiårene. I 1980-årene hevdet således forskere at individualterapi var effektiv behandling for omtrent 75 % av dem som søkte hjelp. Denne forskningen viser også at barn og unge som har gjennomgått psykoterapi har større utbytte av behandlingen enn 75 % av en sammenlignbar gruppe som har deltatt i en kontrollgruppe (Kazdin & Weisz 2003:439). En stor analyse fra begynnelsen av 1990-årene viser at familierapi kommer ut med omtrent det samme resultatet (Nichols & Schwartz 1998:504; Carr 2000:487). Det er ikke til å komme bort fra at også praktikerne har stor interesse av slike undersøkelser. Kan man påvise at parterapi er den mest effektive behandlingsform ved depresjon, har man samtidig begrunnet selve terapiformen.

Forskning og familierapi

Familierapi er et relativt ungt fagfelt i forhold til psykodynamisk og behavioristisk individualterapi, som har 50 år lengre historie som akademiske disipliner. Gregory Batesons forskningsprosjekt i Palo Alto i 50-årene kom til å danne et viktig grunnlag for flere familierapeutiske tradisjoner. Her ble kommunikasjonsteori introdusert som forståelsesramme for familierapi, noe som førte til en omfattende forskning hvor kommunikasjon mellom mennesker sto i sentrum. I forlengelsen av disse arbeidene fikk vi framveksten av det vi kjenner som de strategiske

tradisjonene. Forskningen de første tiårene dreide seg i stor grad om å forsøke å bestemme sammenhengen mellom bestemte familiemønstre på den ene siden og bestemte problemer på den andre. Eksempler på dette er John Weaklands (1962) og Jay Haley (1966) forskning på sammenhengen mellom double-blind og schizofreni, Salvador Minuchins (1978) forskning på sammenhengen mellom bestemte familiemønstre og psykosomatiske problemer, og Milanogruppens (1978) studie av sammenhengene mellom kommunikasjon i familier og anorexia nervosa og psykose. Det var imidlertid først i 70- og 80-årene vi fikk en mer omfattende familierapiforskning i land som England og USA (Nichols & Schwartz 1998:504).

Det meste av den forskningen som tar utgangspunkt i familierapi og psykoterapi, har fått liten oppmerksomhet i familierapimiljøene i Norge. Det finnes imidlertid noen norske forskningsprosjekter som har bidratt til å utvikle fagfeltet i Norge. I perioden fra 1980 til 1983 gjennomførte Astri Johnsen med medarbeidere en studie av 57 familier som mottok korttidsfamilierapi på Nic. Waals Institutt i Oslo. Dette arbeidet ble finansiert av både Nic. Waals Institutt og Norges almenvitenskapelige forskningsråd. I denne studien ble det benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder (Johnsen 1988).

Philippe Caillé og Tom Sørensen (1993) gjorde en etterundersøkelse hvor resultatene av konstruktivistisk parterapi var i fokus. Dette arbeidet vakte en viss forskningsmetodisk debatt på grunn av forskernes anvendelse av kvantitativ metodikk. Publikasjonen av arbeidet ga støtet til en videre debatt i Fokus

på familien 2/1994 nettopp om forholdet mellom familierapi og forskning. Deltakerne her var på den ene siden Tom Andersen, som problematiserte den positivistiske innfallsvinkelen, og på den andre siden Philippe Caillé, Tom Sørensen og den svenske familieforskeren Kjell Hansson som fremholdt betydningen også av kvantitativ metodikk.

Odd Arne Tjersland (1992) doktorerte på et arbeid om mekling hvor samlivsbrudd og foreldreskap var tema, og Irene Levin (1994) tok doktorgrad med sin forskning om variasjon og mangfold blant stefamilier. Wencke Seltzer (1995) tok doktorgraden hvor hun undersøkte det hun kaller en psykokulturell tilnærming til familier i terapi. I 2002 disputerte Magne Mæhle med en avhandling hvor formålet var å sette fokus på barnets plass i familieteori og familierapi. Vi skal nå se på noen trekk ved den evidensbaserte modellen hvor effektforskning inngår som en sentral del.

Evidensbasert forskning

Evidensbasert forskning handler om «å sammenholde kunnskap fra mange ulike forskningsprosjekt om det samme (fenomenet)» (Marthinsen 2003:1). Målet med dette er å komme fram til standardiserte behandlingsprosedyrer basert på disse forskningsresultatene. Randomiserte kontrollerte forsøk er den forskningsmetode som ofte framheves som et ideal innefor evidensbasert forskning. Denne har effektforskningens kjennetegn.

Effektforskning er kjennetegnet av seks karakteristika. For det første foretas den i en kontrollert laboratoriumsetting. For det andre har den fokus på en spesifikk og definert

psykiatrisk forstyrrelse eller problem. For det tredje benyttes minst to grupper: en som mottar behandlingen, og en kontrollgruppe. For det fjerde velges klientene ut tilfeldig til begge gruppene. For det femte benyttes det manualer i gjennomføringen av behandlingen til begge gruppene, og for det sjette blir alle klientene minst bedømt både før og etter terapien ved hjelp av standardiserte resultater. I tillegg benyttes ofte en oppfølging i de fleste studier av dette slaget (Pinsof & Wynne 2000:1).

Evidensbasert forskning knyttet til behandling av barn og unge er dominert av behavioristiske og kognitive behandlingsmodeller (mer enn 70 %). Noe er også gjort i denne tradisjonen når det gjelder psykodynamisk terapi og familierapi, men en rekke terapiformer er helt utelatt (Kazdin & Weisz 2003:441). Litt etter litt inkluderes imidlertid flere terapeutiske modeller i evidensbasert forskning.

Innenfor familierapifeltet finnes det mange talsmenn for en evidensbasert praksis (Stratton 2005). I en stor oversiktsartikkel som oppsummerer familierapiforskningen, stiller Myrna L. Friedlander (Nichols & Schwartz 1998:504) bare to spørsmål. Det første spørsmålet er: «Hvor effektiv er par- og familierapi?», og dernest: «Hva gjør familierapi effektiv?». Med dette utgangspunktet gjennomgår hun en lang rekke forskningsarbeider innenfor en rekke problemområder hvor det vises til hva som virker av par- og familierapi. I denne forskningen blir effekten av forskjellige former for par- og familierapi målt i forhold til forskjellige problemer.

Et relativt nytt eksempel på denne typen forskning er den manualen Elsa Jones og Eia

Asen (2000) utviklet for parterapi hvor et av medlemmene led av en alvorlig depresjon. Dette inngikk som en del av Julian Leffs forskningsprosjekt The London Depression Intervention Trial (Vetere & Dallos 2003).

Denne forskningen viser at par- og familierapi ikke er skadelig eller fører til større problemer for dem som mottar slike tilbud. Ingen studier viser at de som går i terapi får det dårligere enn medlemmer av kontrollgrupper som ikke går i terapi (Vetere & Dallos 2003).

Evidensbasert praksis

E.B. Skinner mente at det var intervensjonen som avgjorde hvorvidt terapi skulle bedømmes som vellykket. Det var altså hvor effektiv metoden var som bestemte hva som var god terapi. Fra tidlig i 50-åra fikk dette perspektivet støtte av blant andre Hans Eysenck. Det var bare forskning som kunne bevise effekt i behandlingen som hadde gyldige resultater. Det var i første omgang behavioristene som kunne vise til slike vitenskapelige resultater. Det var i stor grad deres forskningsmetoder som kom til å bli bestemte for hvilken målestokk som skulle benyttes, (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke 2002:125; Hubble et al. 1999:134).

Begrepet evidensbasert praksis støter vi på i mange sammenhenger. Noen kaller det også kunnskapsbasert praksis. Det finnes imidlertid mange typer kunnskap innenfor mange forskjellige områder, og i denne sammenhengen er det ikke en hvilken som helst kunnskap det henvises til. Andre igjen benevner det som «empirisk støttet praksis». Her benyttes begrepet evidensbasert praksis

for å tydeliggjøre hvilket kunnskapssyn som ligger til grunn for begrepet (Kazdin & Weisz 2003:43).

Man finner først og fremst igjen begrepet innenfor medisin, og da som evidensbasert medisin. Det er også trolig der begrepet har oppstått (Ekeland 2004:5). Det ble hevdet at bare en mindre del av medisinsk praksis var basert på solid vitenskap. Dette ble regnet som en alvorlig kritikk av medisinsk praksis. I forlengelsen av dette er det på en del områder i dag utarbeidet detaljerte manualer med prosedyrer for behandling av enkelte sykdommer. På denne måten kan både terapeuter og politikere få vite hva som virker, så krefter og penger ikke spilles på behandling som viser seg å ikke hjelpe.

Hvis en terapimetode skal kunne kalles evidensbasert etter strenge vitenskapelige kriterier og oppnå «gullstandard», må terapimetoden oppfylle følgende tre krav:

- 1 Tilnærmingen har vist seg å virke gjennom «double-blind» behandling og kontrollgrupper med gjentakelse av minst to uavhengige studier.
- 2 Behandlingen har blitt overført til en «behandlingsmanual».
- 3 Behandlingen har blitt benyttet på en spesiell del av klientmassen og på spesifikke problemer, som for eksempel deprimert ungdom (Larner 2004:18).

Tradisjonelt har forskningen kommet etter en vel prøvet praksis. Etter at en gitt praksis har utviklet seg innenfor et behandlingsområde, har forskningen kommet for å etterprøve og videreutvikle praksis. Med evidensbasert praksis har denne rekkefølgen blitt

snudd på hodet. Nå er det forskningen som skal komme først og praksis etterpå. Det er først når forskningen har fastslått hva som virker at praksis blir legitimert innenfor en del akademiske tradisjoner. Etter dette skal praksis foregå med utgangspunkt i en detaljert manual som viser skritt for skritt hvordan man skal gå fram i psykoterapeutisk behandling av bestemte problemer. Denne rammen rundt psykoterapeutisk praksis får stadig nye tilhengere og vinner innpass på stadig nye felter. Et eksempel på slik praksis i de fleste norske fylker er «Multisystemisk terapi» (MST), som er et tilbud til familier med ungdom med problemer.

Helseprofesjonene overvurderer sitt eget kunnskapsgrunnlag og har blitt kritisert for å utnytte sin posisjon til egne kommersielle interesser (Ekeland 2004:4). Dette synet på psykoterapi går i sin mest ekstreme form ut på at all praksis kan og skal baseres på forskning. «*I ekstremar av dette slaget ser vi straks at vitskap då blir ideologi at den så å seie går ut over sitt eige grunnlag ved ikkje berre å seie noko om korleis tinga er, men også korleis dei bør være*» (Ekeland 1999: 1037).

På samme måte hevder Alan Carr at det «... er hensiktsmessig å vurdere forskning ut fra effekten av behandlingen med referanse til den rådende medisinske modellen» (Carr 2000:488). Han henviser i denne sammenhengen til det amerikanske (DSM IV) og det internasjonale (ICD 10) psykiatriske diagnosesystemet. Med dette utgangspunktet viser han at det foreligger evidensbasert praksis med utgangspunkt i familierapi som har effekt når det gjelder fysisk barnemishandling og omsorgssvikt, atferdsproblemer hos barn

og ungdom, følelsesmessige problemer hos barn og ungdom og psykosomatiske problemer. Videre peker han på forskning som et grunnlag for en evidensbasert praksis når det gjelder ekteskaps- og relasjonsproblemer, psykoseksuelle problemer, angstforstyrrelser, stemningsforstyrrelser (for eksempel depresjon), psykotiske forstyrrelser, alkoholmisbruk, kronisk smerte og ved nevrologisk svekkelse hos eldre (for eksempel ved Alzheimer) i en familiesammenheng (Carr 2000).

Psykoterapiforskning

«av alle misbruk i vår tid er tilvising til vitenskap den mest lønsame.» Tor-Johan Ekeland (1999:1036).

I USA er tallet på psykoterapeuter økt med 275 % siden 1980-tallet, og psykoterapeutiske metoder har økt med 600 prosent siden 1960. Man regner i dag med at det finnes over 200 terapimodeller og mer enn 400 metoder som følger modellene. I den første DSM-manualen (1952) var det 66 diagnoser, og i den siste er det 286 (1994) (Ekeland 1999:1039; Hubble et al. 1999:3).

Det er i dag bred enighet om at psykoterapi virker og gir gode resultater. Det viser seg at pasienter som egner seg godt for terapi har utbytte av terapi tre ganger så ofte som mindre velegnede pasienter (Høgland 1999:258). Andre framhever pasientenes egenskaper i forståelsen av hva som virker i terapi. Det blir hevdet at pasienters personlige karakteristika er av stor viktighet både for den terapeutiske alliansen og for resultatet av terapien. En lang rekke studier viser at den terapeutiske alliansen er bestemmende for

utfallet av terapien (Høgland 1999:258). Denne forskningen viser også at i de mest vellykkede terapiene kommer det en positiv respons tidlig i forløpet (Hubble et al. 1999:390). Betydningen av terapeuten som person blir framhevet av en rekke forskere, men blir ofte oversett i den evidensbaserte delen av forskningen (Jennings et al. 2004).

Forskningen påviser dessuten at en av de største feilkildene i psykoterapiforskningen er forskeren selv. Det viser seg nemlig at den terapitradisjonen forskeren selv er tilhenger av, har en klar tendens til å komme best ut i vedkommendes forskning (Luborsky et al. 1999:95). I 1975 introduserte Luborsky begrepet «terapijonalitet» for å forstå hvordan psykoterapiforskeres resultater blir farget av deres egen troskap til den terapitradisjonen de selv representerer. Det viser seg at forskjellige forskere kommer til forskjellige resultater når de undersøker den samme metodens effekt. Hvis for eksempel metoden er behavioristisk og forskeren tilhører den behavioristiske tradisjon, kommer ofte metoden bedre ut enn om forskeren har en psykodynamisk tilhørighet. Når det er omvendt, oppstår ofte den samme skjevheten. Terapijonaliteten blir en sentral faktor for å forklare slike forskjeller (Luborsky et al. 1999:103).

Hvordan kan vi forstå hva som «virker»?

For å hjelpe oss til å forstå hvilke vanskeligheter vi får når vi stiller spørsmål om hva som virker, tar Stephen Soldz og Leigh McCullough følgende eksempel: Tenk deg at du sitter overfor en mann som er desperat hele tiden. Han insisterer på at han nå vil gå hjem til sitt rom, finne fram en revolver og ta livet

av seg. Han spøker ikke. Du er terapeuten hans og er selv på panikkens rand. Den dagen og de kommende ukene foretar du deg en rekke ting i håp om å redde livet hans. Etter mye bekymring og flere netter med lite søvn for din del, viser det seg etter en tid at mannen gjenfinner roen, og den livstruende fasen er over. Du føler deg lettet, og du vet at du har bidratt til å hjelpe ham gjennom krisen. Du har noen vage forestillinger om hva du gjorde, men det ville være vanskelig å peke ut eksakt hva som var utslagsgivende. Du er imidlertid sikker på at du reddet livet hans.

Se så for deg at du sitter ved datamaskinen og analyserer data fra et behandlingsarbeid som det har tatt mange år å samle inn. Det handler om en bestemt terapeutisk intervensjon som du har brukt måneder på å definere nøyaktig slik at forskeren kan registrere det som skjer. Det eneste forskningen viser, er imidlertid at dine hypoteser ikke får noen støtte i tallmaterialet. Resultatet er det motsatte av hva du ventet. Selv om dette kan være et bidrag til vitenskapen, så kan det også henge sammen med at den kliniske kunnskapen ofte inneholder intuitiv og personlig kunnskap som ikke alltid lar seg fange opp av tradisjonelle forskningsmetoder (Soldz & McCullough 2000:3ff).

Når man spør etter «hva som virker» i psykoterapi, minner det oss om at psykoterapi ofte blir sammenliknet med virkningene av kjemikalier fra den farmasøytiske industrien. Vi blir med andre ord invitert til å benytte den samme retorikken om psykoterapi som vi benytter for å beskrive kjemisk effekt.

Det har blitt reist spørsmål om systemisk familierapi lar seg fange opp av den evidensbaserte modellen. Glenn Larner hevder

for eksempel at systemisk familierapi er særmerket av sin prosessorientering og relasjonsorientering og at det dermed er umulig å nedfelle et terapiforløp i en manual som andre kan gjenta. Dermed vil systemisk familierapi på det nåværende tidspunkt ikke være i stand til å «... bli medlem av den evidensbaserte klubben» (Larner 2004:20).

I 1977 påviste Smith og Glass at ulike terapeutiske tilnærminger har omtrent samme resultat når det gjelder effekt av terapi. De bekreftet dermed det Rosenzweig var inne på allerede i 1936. Det er i dag bred enighet om at det kan påvises liten eller ingen forskjell i resultater mellom forskjellige terapiretninger. Dette blir kalt «Dodofugl-effekten». Metaforen er hentet fra *Alice i eventyrland* hvor Dodofuglen avgjør et veddeløp ved å si: «*Alle har vunnet, og alle skal ha premier.*» Wampold konkluderer med at forskningen som er gjort de siste 30 årene, viser at det er liten eller ingen forskjell mellom behandlingsformer (Wampold 2001:118).

Denne erkjennelsen har gitt rom for å framheve de «*felles faktorer*» (common factors) som er virksomme i terapi. Slike felles faktorer ble framhevet av psykoterapiforskere for over førti år siden (Ekeland 1999:1043; Wampold 2001:22).

Boken *The Heart & Soul of Change* med undertittelen *What Works in Therapy?* fra 1999, kan på mange måter sees som et innlegg i debatten om det som i USA heter «Managed Care». Amerikanske helseinstitusjoner og forsikringsselskaper gir evidensbaserte behandlingsformer forrang. I boken gir de en omfattende presentasjon av den forskningen som framhever «*felles faktorer*» som forståelsesramme. De hevder,

med utgangspunkt i en artikkel av Michael Lambert fra 1992, at forskning peker ut fire virksomme «felles faktorer» for alle former for psykoterapi, uavhengig av teoretisk orientering (psykodynamisk, kognitiv osv.), metode (individual, gruppe, par, familie osv.), dosering (frekvens og antall samtaler) eller spesialitet (problemtypen, terapeutens faglige bakgrunn osv.) (Hubble et al. 1999:8ff). De «fire store» felles faktorene er vektet og estimert av Lambert (1992), og de er:

1. den terapeutiske relasjonen (omtrent 30 %),
2. placeboeffekt, forventning og håp (omtrent 15 %),
3. modell/terapiteknikk utviklet for å løse et bestemt problem (omtrent 15 %),
4. faktorer utenfor terapi (omtrent 40 %).

Det framgår imidlertid ikke hvordan disse prosentene er kalkulert eller «regnet ut». De blir imidlertid hyppig benyttet av dem som framhever «felles faktorer» som forståelsesramme for psykoterapi. Denne fordelingen hevder de er uavhengig av terapitradisjon og metodevalg. Det er bemerkelsesverdig å hevde at bare 15 % av den terapeutiske effekten kan tilskrives terapiteknikk, når den evidensbaserte modellen søker å vise hvilke terapiteknikker som virker best på bestemte psykiske lidelser.

I dette lyset kan det kanskje se ut som rivalisering mellom terapeutiske retninger og terapitradisjoners fremheving av egen fortreffelighet av og til er noe overdrevet. Alan Carr peker på at det blant familierapeuter, som tar utgangspunkt i konstruktivismen og sosialkonstruksjonisme, er mye motstand mot en ensidig evidensbasert praksis. Han peker på at familierapi og systemisk praksis er

basert på et annet grunnsyn enn det som danner grunnlag for evidensbasert praksis (Carr 2000:487). Vi skal også se at argumentene mot en evidensbasert og medisinsk modell kan begrunnes i psykoterapiforskningen.

Den medisinske eller den kontekstuelle modellen?

Kritikken mot en evidensbasert praksis kommer fra mange kanter, og mye av kritikken kommer fra medisinsk allmennpraksis. Man kan for eksempel få inntrykk av at en praksis som ikke er evidensbasert er en dårlig eller uforsvarlig praksis. Vektleggingen av ideen om objektive funn vil føre til en prioritering av teknologiske og biomedisinske perspektiver. Aspekter som kommunikasjon, empati, etikk og omsorg kommer i bakgrunnen (Eke-land 1999:1038).

Ved å gjøre den instrumentelle rasjonaliteten til grunnmodell, kan vi komme til å øve vold på en praksis hvor forholdet mellom mennesker danner grunnlaget. Hans Skjervheim kalte en slik teknisk-rasjonell modell for «det instrumentalistiske feilgrepet» (Skjervheim 1976: 260ff; Sørbo 2002: 115). Ved å legge en modell for tekniske eller metodiske framgangsmåter som selve grunnlaget for klinisk praksis, kan vi miste kvaliteter som konstituerer en mellommenneskelig praksis. Tom Andersen kommenterer noe av det samme anliggendet når han hevder:

«Av og til ... prøver både terapeuter og forskere å lage en felles dominerende bakgrunn, en konsensusbakgrunn. Dette tenkes å kunne bidra til sikker og objektiv evidensbasert kunnskap, idet terapeuten og forskeren prøver å fjerne alt av deres personlige

innslag i den bakgrunn de forstår ut fra. [Jeg] er ikke bare av den oppfatning at det å tro at dette er mulig, er en misforståelse, men også en ulykkelig misforståelse» (Andersen 2002: 315).

Andersen hevder at denne situasjonen er med på å skape avstand innenfor de terapeutiske miljøene og mellom forskere og terapeuter. Dette er en avstand som skaper vanskeligheter for samtalen mellom disse.

Den amerikanske psykoterapiforskeren Bruce E. Wampold setter den medisinske modellen i psykoterapi opp mot den kontekstuelle modellen i psykoterapi (Wampold 2001: 1ff). Den medisinske modellen i psykoterapi stammer fra Sigmund Freuds psykoanalyse og fra behaviorismen, og den består av fire ingredienser: 1. en sykdom eller et problem (for eksempel hysteri eller i dag en DSM IV-diagnose), 2. en vitenskapelig eller psykologisk forklaring på sykdommen (en undertrykt traumatisk hendelse eller irrasjonelle eller uhensiktsmessige tanker), 3. en mekanisme for å skape forandring (innsikt i det underbevisste eller forandring av irrasjonelle tanker) og 4. spesifikke terapeutiske handlinger (frie assosiasjoner eller spesielle metoder hentet fra en manual som beskriver behandlingen av en spesifikk sykdom) (Wampold 2001:11–14). Ved hjelp av psykoterapeutiske behandlingsmanualer vil man sikre at pasientene får en standardisert behandling. På denne måten sikrer man at alle pasientene får den best tilgjengelige behandlingen for sitt spesielle problem. En slik standardisering gir også forskere mulighet til å sammenlikne og måle effekten av bestemte behandlingsformer. Vi finner her igjen den evidensbaserte modellen som den medisinske modellen i

psykoterapi. Ifølge Wampold dominerer denne modellen de forskningsmiljøene som beskjeftiger seg med psykoterapi.

I sin bok *The Great Psychotherapy Debate* (Wampold 2001) presenterer Wampold en versjon av Skjervheims «*instrumentalistiske feilgrep*». I denne sammenhengen oppstår det instrumentalistiske feilgrepet idet man benytter tenkningen om spesifikk effekt, slik vi for eksempel kjenner den som virkning av bestemte medikamenter på bestemte sykdommer, overført til psykoterapi. Da tenker man seg altså at på samme måte som medisiner har en spesifikk effekt i medisinen, har bestemte terapimetoder en bestemt effekt i psykoterapi. Wampold hevder, etter en gjennomgang av tusenvis av forskningsarbeider, at forskningen med all tydelighet viser at den medisinske psykoterapeutiske modellen, som baserer seg på ideen om at utbytte av terapi er knyttet til en spesifikk bestanddel i terapien, *ikke* kan vise til noe enkel bestanddel som viser seg som virksom. Den samme forskningen som vanligvis benyttes for å begrunne en medisinsk modell og en evidensbasert praksis, viser, ifølge Wampold, med all mulig tydelighet at den kontekstuelle modellen gir mer mening for å forstå psykoterapeutisk praksis (ibid.:148).

Den kontekstuelle modellen i psykoterapi refereres til Jerome Frank (1991) og består av fire elementer: 1. Psykoterapi representerer en følelsesmessig og tillitsfull relasjon med en terapeut involvert. 2. Det er en legende setting hvor klienten(e) møter en profesjonell som klienten tror kan bidra med hjelp. 3. Det foreligger et rasjonelt begrepsapparat eller en mytedannelse som stiller en plausibel forklaring på klientens problemer til rådig-

het. Ifølge Frank må denne forklaringen aksepteres av både klient og terapeut, men den trenger ikke være «sann». 4. Klienten må tro på eller bli ledet til å tro på selve behandlingen (ibid.:25). Denne kontekstuelle psykoterapeutiske modellen dekker det synet som blir framhevet av dem som framhever «*felles faktorer*» (common factors) som virksomme i psykoterapi.

Som vi ser trer, forholdet mellom klient(e) og terapeuten i forgrunnen på en annen måte enn i den medisinske eller evidensbaserte modellen. I det følgende skal vi diskutere hvordan vi kan forstå relasjonen mellom terapeut og klient(er) i psykoterapi.

Den terapeutiske relasjonen

Forholdet mellom terapeut og klient er den av de felles faktorene som oftest blir nevnt i litteraturen om psykoterapi (Wampold 2001: 149; Asay & Lambert 1999:33). Forholdet mellom terapeut og klienter har vært et tema siden Freud utviklet psykoanalysen. Freud opererte med tre sentrale aspekter av dette forholdet:

Overføring: klientens underbevissthet tillegger terapeuten egenskaper fra personer i klientens tidligere liv.

Motoverføring: terapeuten underbevissthet tillegger klienten egenskaper fra personer i terapeuten tidligere liv.

Klientens vennlige og positive sammenknytting av terapeuten med velvillige og vennlige personer fra fortiden.

Humanistisk psykologi (for eksempel hos Carl Rogers) introduserte et alternativ til denne modellen ved å forstå terapeut-klientforholdet mer som et eksistensielt møte mellom mennesker enn som et møte mellom en

ekspert (terapeut) og en pasient (klient). Terapeuten skulle være empatisk, genuin og vise betingelsesløs positiv respekt (Hubble et al. 1999:134).

Familiterapifeltet har vært og er preget av at synspunkter på dette spørsmålet dekker de fleste posisjonene man kan innta. Som ytterpunkter kan nevnes Richard Fisch på MRI, som sa:² «*Bare to ting er viktig, og det er å finne eksakt ut hvilket problem klientene vil ha løst og så løse det. Alt ut over det er pissprat,*» til Tom Andersen, som foretrekker å benevne dette for «*samtaler*» i stedet for psykoterapi og mener vi må frigjøre oss fra alle teorier og metoder (Andersen 2002:322).

Forskningen forteller oss for eksempel lite om hvordan vi kan utdanne gode psykoterapeuter. Det er ingenting som tyder på at en psykolog eller psykiater med lang utdanning, som har gått i egenterapi og som har mange års erfaring, får bedre resultater enn en sosionom eller psykiatrisk sykepleier med kortere utdanning og mindre erfaring (Høgland 1999:259). Alan E. Kazdin og John R. Weisz hevder i sitt standardverk om evidensbasert psykoterapi for barn og unge at forskningen om hva som hjelper terapeuten til å etablere en varm og empatisk forbindelse i terapi, er svak. Denne situasjonen er påfallende, fordi de fleste tror at kvaliteten på den terapeutiske forbindelsen mellom barn, unge og deres familie er av avgjørende betydning i terapi. Det viser seg også ofte at barn tillegger forholdet til terapeuten størst betydning. Til tross for dette er det en beskjeden del av forskningen som befatter seg med disse aspektene direkte (Kazdin & Weisz 2003:443). Med dette utgangspunktet virker det som en rimelig slutning å hevde at: «*Til sammen ty-*

der dette på at det bør forskes på (...) *terapeuters utvikling*» (Rønnestad & Skovholt 2003:3).

Den terapeutiske alliansen mellom terapeut og klient eller familie har imidlertid vært viet oppmerksomhet i en del forsknings-sammenhenger. Wampold benytter alliansen mellom terapeut og klient som et godt eksempel på generelle effekter av psykoterapi. Han framhever at forskningen viser at relasjonen mellom klient og terapeut spiller en nøkkelrolle i terapi, og at dette utgjør et nødvendig aspekt av terapi uavhengig av terapiens egenart (Wampold 2001:158).

Som en understrekning av dette, viser han også at terapeutens tro på og troskap mot sin egen faglige overbevisning kommuniseres videre med entusiasme til klienten (ibid.:183). Wampold konkluderer med at terapeuten er en del av terapien og ikke kan løsrives fra denne. «*Terapeutens person er en kritisk faktor for om terapien skal lykkes*», hevder han (ibid.:202).

Terapeuten i terapien

I en sammenheng hvor K.E. Løgstrup uttaler seg om kommunikasjon, hevder han at språket må være både «*henvisning og henvendelse*» (Buur Hansen 2000:57; Løgstrup 1982:182). Med *henvisning* kan vi i denne sammenhengen si at klinisk praksis må ha et faglig innhold. Det handler om terapi som fag og som vitenskap. At terapeuten skal ha solid fagkunnskap og at hennes praksis skal være basert på en slik fagkunnskap, vil de fleste se som en selvfølge.

Men ifølge Løgstrup er henvisning ikke tilstrekkelig. Klinisk praksis krever også *hen-*

vendelse. Det handler om terapi som mellommenneskelig praksis, en praksis som kanskje har mer til felles med en kunstnerisk virksomhet enn med en instrumentell eller teknisk praksis. Med henvendelse tenker vi her på å inngå i en relasjon preget av kommunikasjon, gjensidighet, samarbeid og respekt. Det handler om mennesker som har kontakt med hverandre, som inngår i en relasjon preget av empati og en felles søken etter mening og løsninger.

De to psykoterapiforskerne S. Soldz og L. McCullough hevder at psykoterapi omfatter et komplekst mellommenneskelig samspill som ikke kan reduseres til «funn» i en vitenskapelig undersøkelse (Soldz & McCullough 2000). I den daglige erfaring fra praksis passer ikke mennesker eksakt inn i ferdiglagede kategorier, og i denne typen praksis må vi bevege oss utenfor vitenskapen for å etablere en dekkende forståelse.

Det blir i denne sammenheng ofte sagt at terapi er både kunst og vitenskap. Et slikt utsagn kan bety at deler av terapeutisk praksis befinner seg utenfor det vi vanligvis tenker på som vitenskap, og utenfor de områdene som tradisjonell forskning omfatter. Det gjelder i så fall både kvantitativ og kvalitativ forskning som har det til felles at begge er basert på rasjonelle og logiske analyser. I denne sammenhengen vil jeg understreke at de analoge og kreative sidene ved praksis er bærere av en type kunnskap som er av et annet slag enn den rasjonelle og analytiske kunnskapen forskningen produserer (Jensen 1994:62ff). Dette er en kunnskap som gir seg til kjenne i de delene av kommunikasjonen som ikke lar seg fange av det digitale språket, men som like fullt er med på å bestemme hvordan for-

hold mellom mennesker oppleves og kan forstås.

En av de mest produktive pionerene innenfor familierapiforskningen, Jay Haley, inntok etter mange år en posisjon hvor han hevdet at forskning og terapi bare ville ha begrenset nytte av hverandre. Han hevdet at terapiprosessen er en uendelig kompleks vev av interaksjoner, følelser og verdivurderinger, og at forskningen aldri vil kunne fange denne komplekse veven (Dallos & Draper 2000:151).

Forholdet mellom terapeut og klienter har som nevnt vært et tema siden Freud utviklet psykoanalysen. I psykoterapiforskning har imidlertid forskerne forsøkt å minimalisere den effekten den enkelte terapeuten har på terapien når de studerer en spesiell intervensjon. Forskningen viser imidlertid at resultatene av terapi mellom metoder varierer mindre enn resultatene av terapi innenfor en metode. Som vi har sett, betyr det at forskjellige terapeutiske tradisjoner har ganske like resultater i behandlingen av de samme problemene. Når man imidlertid sammenlikner resultatene til terapeuter innenfor en terapitradisjon, er forskjellene store. «Konklusjonen er at det gjør en større forskjell hvem terapeuten er enn hvilken metode som blir brukt» (Rønnestad & Skovholt 2001:3). Dette blir understreket når J. Brown framhever: «Respons på behandlingen i de få første terapitimene vil i høy grad bestemme utfallet av terapien» (Brown et al. i Hubble et al. 1999:390).

Interessen for å studere hvordan terapeuter utvikler seg, er voksende (Wampold 2001:196). En rekke forskere trekker fram betydningen av terapeuten som person (Jen-

nings et al. 2004). Etter ti års forskning på psykoterapeuters utvikling, oppsummerer Rønnestad og Skovholt ved å framheve 14 tema som er viktige i den prosessen de gjennomgår. Noen av disse tema omhandler for eksempel at erfarne familierapeuter stoler mest på egen ekspertise, at deres personlige liv påvirker profesjonelt arbeid gjennom hele livet og at mellommenneskelige kilder er den viktigste pådriver til deres utvikling (Rønnestad & Skovholt 2003:40).

I forordet til sin bok *The Great Psychotherapy Debate* bekjenner Bruce E. Wampold seg til vitenskapen ved å hevde at «... jeg gladelig vil oppgi mitt perspektiv hvis vitenskapelige bevis støttet den nåværende trenden som forestiller seg at psykologisk behandling er parallell med medisinsk behandling» (s. xii). Wampold viser for eksempel hvordan tidligere forskningsresultat kommer fram til helt nye verdier hvis man inkluderer terapeuten i forståelsen av resultatet. I en studie som sammenliknet virkningene mellom kognitiv terapi og analytisk terapi, viste det seg at kognitiv terapi kom best ut. Da Wampold og medarbeidere igjen undersøkte resultatet og inkluderte terapeutenes effekt som del av behandlingen, viste det seg umulig å peke ut den ene som mer virksom enn den andre. Han konkluderer med å hevde at «bevisene er klare». Typen terapi er irrelevant, og det å henge fast ved en manual er misvisende. Men terapeuten, som er en del av alle behandlingsformer, gjør en enorm forskjell. Han avslutter med å si at det nå er klart at det er helt avgjørende for behandlingen hvilken terapeut som gjennomfører terapien og at dette støtter et kontekstuellt perspektiv på psykoterapi (Wampold 2001:200ff).

Konklusjon

Det meste av forskningen i psykoterapi forsøker å besvare spørsmålet: «*Hvilken terapiteknikk har best effekt på hvilket psykisk problem?*». De delene av forskningen som tar sikte på å utvikle terapeutenes egen kliniske praksis som terapeuter, er nesten helt fraværende i Norge. I 1969 stilte G. Paul dette originale spørsmålet til psykoterapeutisk praksis: «*Hva virker for hvem under hvilke betingelser?*» (Wampold 2001:21). Mye tyder på at det er umulig å svare på dette spørsmålet med mindre vi anlegger et systemisk perspektiv på psykoterapi (Larner 2004:20).

På bakgrunn av den kunnskapen vi i dag har om hvordan vi kan forstå de prosessene som inkluderes i psykoterapi, er det mye som tyder på at ideen om at det er intervensjonen som virker må forlates. Det er på den andre siden mye mer som tyder på at vi vil ha nytte av å bruke mer tid og krefter på å forstå den terapeutiske relasjonen og terapeuten med sin personlige og private historie. Det er på denne bakgrunnen mye som tyder på at det i framtiden også vil være stort behov for å finne flere svar på spørsmålet: «*Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?*»

Summary

The starting point for this article is «the great psychotherapy debate». A central aspect of this debate is the discussion of how evidence-based research and practice influence family therapy research. The article presents several main traditions in research, the relation between therapy and research and research in family therapy in Norway. Evidence-based

practice is discussed in light of the therapist's role in understanding therapeutic processes. It is argued that the medical or evidence-based model has almost excluded the meaning of the therapist's personal and private experiences in the understanding of psychotherapy process. This is viewed here as an example of what Hans Skjervheim called «the instrumental mistake». The question is raised of whether it is time to try to answer the question of which therapist can best serve which client.

Litteratur

- Andersen, T. (2002): Et samarbeid, av noen kalt psykoterapi. I: Rønnestad, M.H., von der Lippe, A. (red.), *Det kliniske intervju*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Asay, T.P., Lambert, M.J. (1999): The Empirical Case for the Common Factors in Therapy. I: Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (eds.): *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Bachelor, A., Horvath, A. (1999): The Therapeutic Relationship. I: Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (eds.): *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Brown, J. et al. (1999): What Really Makes a Difference in Psychotherapy Outcome? I: Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (eds.): *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Buur Hansen, N. (2000): *Pædagogikkens treklang*. Gyldendal Uddannelse, København.
- Carr, A. (2000): *Family Therapy*. Wiley.
- Dallos, R., Draper, R. (2000): *An Introduction to Family Therapy*. Open University Press.
- Ekeland, T.J. (1999): *Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak?*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 36:1036–1047.
- Ekeland, T.J. (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6, Høgskolen i Oslo.
- Engelstad, F. (1985): Finnes det en kvantitativ og en kvalitativ forskningsmetode? I: Dale, B. et al.: *Metode på tvers*. Tapir, Trondheim.
- Faulkner, R.A., Klock, K., Gale, J.E. (2002): Qualitative research in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 1:69–74.

- Fjelland, R., Gjengedal, E. (1990): *Sykepleie som vitenskap*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1988): Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies? I: Fetterman, D.M.: *Qualitative approaches to evaluation in education*. New York, 89–115.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1998): Competing paradigms in qualitative research. I: Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (eds.): *The Landscape of Qualitative Research*. London, Sage, 195–220.
- Hansson, K. (2001): *Familiebehandling på goda grunder*. Gothia, Stockholm.
- Haugsgjerd, S. et al. (2002): *Perspektiver på psykisk lidelse*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (eds.) (1999): *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Høglend, P. (1999): Psychotherapy Research. New Findings and Implications for Training and Practice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8:257–263.
- Hårtveit, H., Jensen, P. (2004): *Familien – pluss én*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Jennings, L. et al. (2004): Multiple Factors in the Development of Expert Counselors and Therapists. I: Skovholt & Jennings: *Master therapists*. Allyn & Bacon.
- Jensen, P. (1994): *Ansikt til ansikt*. Gyldendal, Oslo.
- Johnsen, A. (1988): *En forløpsstudie av en gruppe familier tilbudd korttidsfamilieterapi*. Norsk Psykologforening. Monografi nr. 10.
- Kalleberg, R. (1985): Kombinering av forskningstradisjoner i sosiologien. I: Dale, B. et al.: *Metode på tvers*. Tapir, Trondheim.
- Kazdin, A.E., Weisz, J.R. (eds.) (2003): *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. The Guildford Press, New York.
- Lambert, M.J. (1982): Relation of Helping Skills to Treatment Outcomes. I: Marshall, E., Kurtz, P.D.: *Interpersonal Helping Skills*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Lambert, M.J. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. I: Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.): *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books, New York, 94–129.
- Larner, G. (2004): Family Therapy and the Politics of Evidence. *Journal of Family Therapy*, 26, 1:17–39.
- Luborsky, L. et al. (1999): *The Researcher's Own Therapy Allegiances: A "Wild Card" in Comparisons of Treatment Efficacy*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Spring; 6, 1:95–106.
- Løgstrup, K.E. (1982): *System og symbol*. Gyldendal, København.
- Maione, P.V., Chenail, R.J. (1999): Qualitative Inquiry in Psychotherapy. I: Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (eds.): *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Marthinsen, E. (2003): Introduksjon til debatten om evidensbasert forskning og praksis. Foredrag ved 10. samling for barnevernets utviklingssentra i Norge. Holmen, august 2003.
- Nichols, M.P., Schwartz, R.C. (1998): *Family Therapy*. Allyn & Bacon.
- Orlinsky, D. et al. (1999): *Psychotherapists' assessments of their development at different career levels*. *Psychotherapy*, 36, 3.
- Pinsof, W.M., Wynne L.C. (2000): Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, Jan., 26:1–8.
- Rønnestad, M.H., Skovholt, T.M. (2001): Learning arenas for professional development: Retrospective accounts for senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32:181–187.
- Rønnestad, M.H., Skovholt, T.M. (2003): The journey of the counsellor and therapist. *Journal of Career Development*, 30, 1.
- Skjervheim, H. (1974): *Objektivismen og studiet av mennesket*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Skjervheim, H. (1976): *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Tanum-Norli A/S, Oslo.
- Soldz, S., McCullough, L. (2000): Reconciling Empirical Knowledge and Experience: The Art and Science of Psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC.
- Stratton, P. (2005): Report On The Evidence Base Of Systemic Family Therapy. Association for Family Therapy.
- Sørbo, J.I. (2002): *Hans Skjervheim – ein intellektuell biografi*. Samlaget, Oslo.
- Ulleberg, I. (2004): *Kommunikasjon og veiledning*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Vetere A., Dallos R. (2003): *Working Systemically with Families: Formulation, Intervention and Evaluation*. Karnac, London.
- Wampold, Bruce E. (2001): *The Great Psychotherapy Debate*. LEA, London.

Note

- 1 Alle oversettelser er gjort av undertegnede.
- 2 I en samtale med undertegnede på MRI høsten 1997.



Summary

With the development of the cognitive-behavioral approaches to family therapy, the concept of schema has attracted increasing attention in the process of treatment. Having an integral influence on emotion and behavior, schemas are viewed as structures that organize thought and perception. Addressing the role of schemas in family conflict and the specific interventions used in restructuring them during the course of family treatment, the authors also explore concepts of attribution, assumption, and family standards, their role in schemas, and family dynamics per se. Several steps are suggested to facilitate the process of schema, analysis, and restructuring. The reader will recognize several systemic perspectives at work in cognitive conceptualisation